

SU LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES PARA CalWORKs

CONDADO	
NOMBRE DEL CASO	
NUMERO DEL CASO	OTRO NUMERO DE IDENTIFICACION
NOMBRE DEL TRABAJADOR	

¿ Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

ESTE FORMULARIO LE DA INFORMACION SOBRE SU LIMITE DE TIEMPO DE 60 MESES PARA CalWORKs

El _____, usted _____ pidió información sobre el tiempo de 60 meses que ha estado recibiendo asistencia y cómo se cuenta en el límite de 60 meses del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs).

En la fecha que aparece en la última notificación, _____, el Condado determinó que usted ha usado un total de _____ meses de su límite de 60-meses de asistencia monetaria de CalWORKs que solamente puede recibir una vez en su vida.

Después de la última notificación, usted recibió CalWORKs de _____ a _____ .

Los siguientes meses no contaron en su límite de tiempo de 60 meses para CalWORKs:

Año _____ - Meses _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____

Año _____ - Meses _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____

Es posible que sea elegible para recibir asistencia por _____ meses más.

Usted recibirá una notificación de acción (NOA) explicándole el número de meses que ha recibido asistencia y los meses específicos que no contaron hacia su límite de tiempo de 60 meses para CalWORKs. El Condado le dará la NOA cuando:

- solicite la asistencia.
- se haga una nueva determinación de asistencia.
- tenga 54 meses recibiendo asistencia.
- tenga 58 meses recibiendo asistencia.